PROPOSITIONS

N° 46.

SUR QUELQUES ACCIDENS

PRODUITS PAR LA PRÉSENCE D'UNE CANULE

DANS LE CANAL NASAL;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 *mars* 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR ANTOINE DARCET, de Pau,

Département des Basses-Pyrénées;

Élève de l'École pratique et des hôpitaux de Paris.

Je n'affirme que ce que j'ai vu.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur*.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Président*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Suppléant*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant*.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur*.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur*.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES BONS PARENS.

A MONSIEUR

LE DOCTEUR LANUSSE.

A. DARCET.

A MES BONS PARENS.

A MONSIEUR

LE BARON ALIBERT,

Chevalier de plusieurs ordres ; premier Médecin ordinaire du Roi ; Professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

A MONSIEUR

LE CHEVALIER J. CLOQUET,

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; Chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Saint-Louis ; Membre titulaire de l'Académie royale de médecine, et de plusieurs autres sociétés savantes, etc., etc.

A. DARCET.

AVANT-PROPOS.

En faisant l'histoire des accidens qui peuvent se développer sous l'influence de la présence d'une canule dans le conduit nasal, il serait tout à fait hors de saison de parler des circonstances où le mode opératoire de *Foubert* est contr'indiqué, encore bien mieux de celles où il y a impossibilité physique à l'employer (comme l'absence congénitale du canal), aussi les trouvera-t-on élaguées. Je ne pense pas non plus devoir donner des détails sur ces cas, rares à à la vérité, dans lesquels, soit par impéritie de l'opérateur, soit par anomalie des parties, la canule, n'étant pas introduite dans le canal nasal, donne lieu à des symptômes d'une gravité relative; cependant je ne puis ne pas dire *que*, quelquefois se trompant de route, le chirurgien perfore l'os unguis, et place dans cette ouverture la canule, qui alors a bien plus de facilité à tomber dans les fosses nasales; *que* M. *Dupuytren* nous a donné l'histoire d'une opération dans laquelle la canule avait été introduite entre les tégumens

et l'os maxillaire supérieur, où elle avait déterminé les accidens les plus formidales (une semblable méprise dénote plus que de la maladresse); *qu'enfin*, il peut arriver que le *mandrin*, poussé par une main peu sûre, rencontre un obstacle, perfore la cloison qui sépare le conduit nasal du sinus maxillaire, et y fixe par son extrémité inférieure la canule, qui par suite y entre en totalité. J'ai vu un cas semblable, et mon ami *Jobert* (de Lamballe), possède une pièce anatomique qui en offre un nouvel exemple, etc., etc., etc., mais, comme je l'ai déjà dit, *non est hîc locus.*

PROPOSITIONS

SUR QUELQUES ACCIDENS

PRODUITS PAR LA PRÉSENCE D'UNE CANULE

DANS LE CANAL NASAL.

I.

Il paraît d'abord difficile d'expliquer pourquoi, malgré les éloges de *Bell*, de *Monro* et d'autres auteurs du plus haut mérite, la méthode opératoire de *Foubert*, dans le traitement de la fistule lacrymale, n'a pas prévalu, ou tout au moins n'a pas conservé un rang parmi les moyens employés. Mais si l'on réfléchit à la puissance d'une idée adoptée, on ne sera plus surpris de voir la plupart des chirurgiens, forts de leur répugnance à admettre une cicatrisation sur un corps étranger, vouer, même sans examen expérimental, un des meilleurs moyens à l'oubli.

II.

Depuis longs jours la canule de *Foubert* était donc passée de mémoire, et rien ne donnait à penser qu'elle serait jamais réhabilitée, lorsque M. *Dupuytren* voulut la juger à son tour, mais d'une manière

plus philosophique; il fit des expériences, qui lui prouvèrent bientôt que les détracteurs de cette méthode n'avaient pas employé les mêmes moyens d'investigation, et qui, par leur succès complet, firent revivre un procédé d'autant plus attrayant, que tous les autres, longs et douloureux, lassent souvent la patience du malade et même celle du médecin.

III.

Mais aucun mode opératoire n'est infaillible, et celui-ci n'échappe point à la règle commune ; il a ses mécomptes. En effet, on a vu très-souvent des accidens produits par la présence de la canule dans le conduit nasal entraver la marche du traitement et nécessiter des manœuvres diverses selon les cas. —Aussitôt les adversaires d'en conclure l'inefficacité du moyen, et de prononcer sa prohibition . . . . comme si une chute balançait dix succès.

IV.

Ayant suivi depuis cinq années le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis, j'ai été à même de voir un grand nombre d'accidens de ce genre et d'en recueillir sévèrement les observations, qui, du reste, formeront la base de tout ce que j'avancerai dans les propositions qui vont suivre.

V.

Ces accidens sont *primitifs* ou *consécutifs*. Se nomment *primitifs*, ceux qui se manifestent durant les premiers jours qui suivent l'opération, et qui sont dus, pour la plupart, au contact des parties avec le corps étranger; et *consécutifs*, ceux qui arrivent ordinairement du quinzième au vingt-cinquième mois après l'opération, et qui ne peuvent raisonnablement pas être attribués à la même cause.

VI.

Les accidens *primitifs* sont les suivans : 1°. la réascension de la canule ; 2°. la chute de cette canule dans les fosses nasales ; 3° l'inflammation se propageant dans les parties voisines ; 4°. enfin, la non cicatrisation de la petite incision.

VII.

1°. Le lendemain ou le surlendemain de l'opération, il n'est pas rare de voir la canule remonter dans le sac ou faire saillie au dehors à travers la petite incision. — Cet accident paraît dépendre de ce qu'elle est un peu trop étroite. La muqueuse, irritée par sa présence, s'enflamme, se gonfle et repousse en haut cette canule, dont la forme conique favorise cette manœuvre. — Cette explication me paraît la meilleure ; cependant si l'on admettait, avec M. *Amussat*, une membrane musculeuse, ne pourrait-on pas dire que c'est un spasme de cette membrane qui a produit la réascension ? — D'un autre côté, si l'on admettait encore, avec M. *Meckel*, les muscles de *Horner*, qui s'attachant en bas sur le sac envoient un léger prolongement aponévrotique le long du canal, et qui par leur extrémité supérieure tiennent au sommet de l'os unguis, ne pourrait-on pas dire qu'en se contractant ces muscles peuvent tirer de bas en haut le canal nasal, et déterminer ainsi le phénomène dont il s'agit ? — Quoi qu'il en soit, il ne convient certainement pas alors de repousser la canule. Ce qu'il y a de plus rationel à faire est de la retirer et d'apaiser l'inflammation, tout en ayant soin d'entretenir la petite plaie ouverte, afin d'introduire une nouvelle canule d'une grosseur plus proportionnée au diamètre du canal nasal.

VIII.

2°. La chute de la canule dans les fosses nasales, d'où elle peut prendre plusieurs directions, comme nous le verrons plus tard, est beaucoup plus rare depuis que l'on connaît mieux les diamètres du canal : cependant j'ai eu occasion de l'observer une fois ; elle n'eut lieu que le septième jour à dater de celui de l'opération, probablement après la disparition des phénomènes inflammatoires. On replaça une nouvelle canule beaucoup plus grosse, et le malade guérit parfaitement.

IX.

3°. Des ophthalmies, des érysipèles de la face, et même des érysipèles phlegmoneux, peuvent être les conséquences de l'introduction d'une canule dans le canal nasal, surtout lorsque le chirurgien, méprisant quelques symptômes précurseurs, laisse prendre pied à l'inflammation. Il faut donc se hâter d'en arrêter les progrès par les moyens que l'art indique, et, s'ils sont inutiles, ne pas hésiter à retirer la canule. — Le meilleur instrument pour pratiquer cette opération est, sans contredit, la pince de M. *Dupuytren*, dont tout le monde connaît la forme et la manière de se servir. — Quoique parfois il y ait urgence à extraire promptement la canule, il peut arriver que le chirurgien n'ait point cette pince, dont la confection est, du reste, assez difficile ; alors l'instrument dont se sert M. *J. Cloquet*, et que le chirurgien peut faire à l'instant lui-même, en tient lieu, car il présente à peu près les mêmes avantages. — C'est un stylet étroit, à l'une des extrémités duquel on taille, avec une lime, un cran en forme de crochet, et que l'on courbe légèrement à trois lignes environ au-dessus de ce cran et dans la même direction. — La manière de s'en servir ne présente pas plus de difficulté : le sac étant ouvert, on introduit l'instrument jusqu'à ce que son cran soit arrivé au niveau de l'extré-

mité inférieure de la canule, où il s'engage, par la tendance du stylet à reprendre sa courbure, qui a été redressée par l'étroitesse du calibre de la canule. — Dans cet état de choses, on n'a qu'à tirer en haut avec précaution, et l'opération ne tarde pas à être achevée. — Ces moyens suffisent pour la plupart des cas qui exigent l'extraction de la canule, et ce n'est que très-rarement que l'on a besoin de recourir à d'autres procédés. — Je n'ai pas besoin de dire que, lorsque la canule est enlevée, il faut combattre les symptômes qui ont engagé le chirurgien à pratiquer cette opération : on pourrait avoir recours à une nouvelle introduction de canule ; mais le plus souvent les mêmes accidens se reproduisent, et font renoncer au procédé de *Foubert*.

X.

4°. Les larmes ont repris leur cours naturel, et la petite plaie, loin de se cicatriser, prend un mauvais aspect, donne du pus différent selon les cas, et revêt enfin une allure qui ne tarde pas à en faire connaître la cause spécifique. — Cet accident peut dépendre d'un vice général répandu dans le corps, et venant se montrer dans la petite plaie (la *scrophule*, la *syphilis*, etc., etc.) ; il peut dépendre aussi de la *carie*, à son tour causée par ce même vice général, ou tout simplement par la fistule, et entretenue par la présence de la canule. — Ces différentes causes, qui réclament différens traitemens, doivent être reconnues par le médecin, afin qu'il agisse en conséquence.

XI.

Les *accidens consécutifs* sont ceux qui, comme nous l'avons dit, se développent long-temps après l'opération, et qui, par conséquent, ne peuvent guère avoir les mêmes causes que les *primitifs* : ils se montrent ordinairement du quinzième au vingt-cinquième mois, et même du dix-huitième au vingt-cinquième ; c'est du moins ce que j'ai eu

occasion d'observer le plus souvent. — Ces accidens peuvent être rangés en quatre classes, savoir : A, la réascension de la canule ; B, la canule restant en place ; C, la canule descendant, mais restant dans le canal ; D, la canule descendant dans les fosses nasales, d'où elle peut prendre différentes directions.

XII.

A. Après un temps plus ou moins long de séjour dans l'intérieur du canal nasal, la canule remonte dans le sac lacrymal, renouvelle l'écoulement des larmes sur la joue, et donne lieu à de l'inflammation, à des abcès, etc., etc.... Les causes de cette réascension nous sont, je crois, à peu près inconnues ; cependant on pourrait admettre sans répugnance une inflammation produite n'importe par quoi, qui, en gonflant la muqueuse, aurait fait glisser la canule en haut. Pour que ce mouvement soit facile, il faut que, la canule étant bouchée, les larmes se soient frayées un chemin entre cette même canule et la membrane muqueuse (comme il arrive que l'urine coule entre la bougie et la membrane de l'urètre). — Ce qui milite en faveur de cette opinion, c'est que presque toutes les canules qui ont eu un mouvement de réascension ont été trouvées oblitérées. D'après cette théorie, l'inflammation de la muqueuse du canal serait antérieure au déplacement de la canule, qui, à son tour, développe dans le sac divers accidens. Ce que nous avons dit des causes de la réascension primitive peut être de même appliqué à la réascension consécutive; de plus, lorsque la canule est bouchée, comme nous l'avons dit, les efforts que fait le malade en se mouchant peuvent bien ne pas être innocens dans la production de cet accident. — On reconnaît cette altération à l'inflammation du sac, à son état de réplétion, et à un corps dur que l'on sent distinctement au milieu du liquide. — Serait-il convenable, comme semble le penser un jeune chirurgien, de repousser la canule dans le canal nasal? Je ne le pense pas. L'inflamma-

tion est entretenue par la présence de cette canule, qui n'agit plus que comme corps étranger ; et il est très-probable que si on la repoussait, loin de calmer les accidens, on ne ferait, au contraire, que les aggraver. Telle est, d'ailleurs, l'opinion de plusieurs chirurgiens qui, dans pareille circonstance, n'hésitent pas à retirer la canule. — Pour cela, on doit faire une incision au-dessous du tendon du muscle orbiculaire des paupières, comme dans l'opération de la fistule ; cette incision met la canule à nu, et à même d'être saisie et retirée au dehors avec une pince à disséquer. — Il est alors nécessaire de faire quelques injections émollientes, afin de calmer les symptômes inflammatoires tout en nettoyant la plaie. M. *J. Cloquet* est dans l'usage d'introduire dans le canal un bout de bougie, qu'il renouvelle pendant deux ou trois jours, après lesquels il fait adhérer les bords de la petite incision, et souvent tous les symptômes de fistule disparaissent sans autre traitement.

XIII.

B. 1°. La canule restant en place, on voit quelquefois les symptômes inflammatoires se développer, sans que l'on puisse en apprécier la cause ; car on ne peut raisonnablement pas regarder comme telle la présence de la canule, lorsque, depuis dix-huit ou vingt mois, elle a fait dans le canal un séjour innocent. — L'inflammation n'en existe pas moins, et elle nécessite une curation. Les antiphlogistiques doivent être mis en usage, et, s'ils ne réussissent point, on doit procéder à l'extraction de la canule, en suivant les règles que nous avons indiquées plus haut. — Dans la séance de l'académie de médecine du 16 avril 1829, M. *Lisfranc* dit : « *Souvent* l'emploi des antiphlogistiques suffit pour rétablir le cours des larmes, et rendre par conséquent à la canule l'exercice de ses fonctions. » (Il parlait des cas de récidive en général.) Je crois, au contraire, que ces cas se présentent *très-rarement*.

XIV.

2°. La canule peut être bouchée par un amas de mucosités plus ou moins épaisses, augmentant par le temps, et empêchant ainsi les larmes de couler dans les fosses nasales. Il est probable que ces mucosités entrent dans la canule par sa partie inférieure (dans le *coryza*), qu'elles se concrètent, et bouchent ainsi le canal.

XV.

3°. L'oblitération de la canule peut être produite par l'accumulation d'une espèce de ciment noirâtre, plus ou moins dur, et ressemblant beaucoup à du sulfure d'argent mêlé à des mucosités; cependant ce n'est qu'une présomption, car l'analyse chimique n'en a pas été faite. Ce qui porte le plus à présumer la présence de l'argent dans le ciment, c'est que la canule est considérablement diminuée de volume; dernièrement encore M. *J. Cloquet* en a extrait une qui était diminuée de moitié. — Il serait fort curieux de savoir si tous les malades chez lesquels on a trouvé cette oblitération avaient pris des bains sulfureux, ou avaient été soumis à une atmosphère contenant de l'hydrogène sulfuré.

XVI.

4°. On a trouvé dans la canule un petit corps ayant la forme de la cavité de cet instrument, d'une couleur jaune grisâtre, et présentant dans son centre quelques lignes rouges, arborescentes, partant de points également rouges et un peu plus renflés. « Ce petit corps « offrait, du reste, en tout l'apparence d'une pseudo-membrane ou « d'un morceau de fibrine dans lequel une organisation commence- « raient à se manifester. On conçoit que, plus tard, de véritables

« adhérences solides auraient existé entre cette production et la mu-
« queuse, d'où une difficulté bien plus grande dans l'extraction de
« la canule. » Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins prouvé que la canule peut être oblitérée par un corps organisé.

XVII.

5°. Enfin il est possible que le canal soit oblitéré par la formation d'un petit calcul, comme j'ai eu occasion d'en observer un cas, en 1824, dans l'amphithéâtre de la Pitié, sur le cadavre d'une vieille femme. Voici à peu près ce que ma mémoire peut me fournir sur ce fait ; car connaissant peu, à cette époque, le prix de cette petite pièce, je la brisai et ne la conservai point. — En disséquant le muscle orbiculaire des paupières, je vis un petit corps brillant (après l'avoir toutefois ruginé avec mon scalpel), et je voulus l'extraire, ce dont je ne vins pas à bout sans peine : c'était une canule oblitérée, que je brisai pour savoir ce qu'il y avait dedans. — Je ne puis assurer autre chose, sinon qu'en écrasant un petit corps conique qui y était contenu, je produisais un bruit semblable à celui que produit l'écrasement d'un petit gravier.

XVIII.

6°. Dans presque toutes les circonstances, les quatre derniers accidens que nous venons de décrire exigent l'extraction de la canule, n'importe par quel moyen.

XIX.

C. 1°. Lorsque la canule, par quelque raison que ce soit, a eu un mouvement d'abaissement dans l'intérieur du canal nasal, elle peut,

comme l'a très-bien fait observer M. *Hervez*, être bouchée par des replis de la membrane muqueuse qui se trouvent au pourtour de l'orifice supérieur de ce canal, ou bien encore par de petites fongosités ou espèces de petits polypes. — L'extraction est encore nécessaire.

XX.

2°. Une canule longue, continuant à descendre, vient appuyer sur la cloison bucco-nasale, où elle est oblitérée assez souvent, et par le gonflement de la muqueuse, et par les mucosités, tandis que l'extrémité supérieure étant toujours dans le canal nasal, le bouche exactement. Les larmes ne peuvent donc pas trouver d'issue, elles refluent et coulent sur les joues, etc., etc... Il convient alors de saisir la canule par les fosses nasales, et de la dégager ainsi, ayant soin néanmoins épargner les parties voisines.

XXI.

D. 1°. Il arrive quelquefois que la canule tombant dans les fosses nasales, s'y fixe et y produit tous les accidens d'un corps étranger, inflammation, ulcère, etc., etc... Il convient donc de la retirer le plus tôt possible. — On se sert pour cela d'une pince à disséquer, avec laquelle on saisit l'une des extrémités de la canule, que l'on tire alors très-facilement à soi. Afin de ne pas blesser la membrane muqueuse, il est bien, lorsque cela se peut, de saisir la grosse extrémité, qui glisse sans excorier.

XXII.

2°. La canule peut, comme on l'a vu plusieurs fois, tomber des fosses nasales dans le pharynx, et de là, par un mouvement de déglutition, être entraînée dans l'estomac. Cet accident ne présente

rien de bien grave; on peut laisser à la nature le soin d'expulser ce petit corps avec les féces; mais convient-il, comme on le fait assez ordinairement, de solliciter le vomissement? Je crois qu'il pourrait en résulter quelques inconvéniens.

XXIII.

3°. Le plus redoutable des accidens qui puisse suivre l'introduction d'une canule dans le canal nasal, mais qui fort heureusement est très-rare, quoique plusieurs auteurs l'aient signalé, est sans contredit celui dans lequel ce petit instrument étant tombé dans les fosses nasales, le malade, par un fort mouvement d'inspiration, l'entraîne dans le larynx, la trachée, etc., etc... — Un mouvement brusque d'expiration, de toux, d'éternuement peut l'expulser; aussi, lorsqu'un médecin est appelé à remédier à un cas semblable, ces moyens ne doivent pas être négligés; mais il arrive aussi que, malgré tous les efforts, la canule n'est point expulsée, qu'elle reste fixe ou flottante dans la trachée, et détermine les accidens les plus formidables. — Il n'y a pas deux partis à prendre, il faut ouvrir les voies aériennes et extraire le corps étranger; heureux encore, si étant entré dans les bronches, il ne s'y est pas fixé. On sent alors quelles pourraient être les conséquences fâcheuses d'une pareille complication. Ceci, au reste, n'est qu'une supposition, car je ne connais pas d'auteur qui ait signalé l'arrêt de la canule dans les ramifications des bronches.

XXIV.

4°. L'extrémité inférieure de la canule vient appuyer perpendiculairement sur la cloison bucco-nasale, si l'extrémité supérieure est encore engagée dans le canal; ainsi il faut nécessairement que la canule soit d'une longueur plus grande que celle de la distance du plan-

cher des fosses nasales à l'orifice inférieur du canal; celle de M. *Dupuytren* expose donc plus à produire l'accident que nous allons décrire que toute autre. — Quoi qu'il en soit, l'extrémité inférieure de la canule appuyant sur la membrane muqueuse l'enflamme, l'ulcère, ronge l'os, perfore la membrane muqueuse palatine et sort par la voûte du palais, où elle fait une saillie plus ou moins grande. « Comme cette canule est taillée en forme de coin, son extraction, en « la tirant par la voûte palatine, présente des difficultés, et il fau- « drait pour cela des efforts très-considérables, qui ne pourraient « qu'être nuisible; il faut donc, dit M. *Dupuytren*, la repousser de « bas en haut dans les fosses nasales, et l'extraire par les narines, « soit avec les pinces à ligature, soit avec les pinces à pansement. » — D'un autre côté, M. *J. Cloquet*, lorsqu'un cas de cette nature se présente à lui, n'hésite pas à extraire la canule par la bouche même. Je l'ai vu opérer cinq fois de la sorte, et toujours il n'a eu qu'une très-légère résistance à vaincre, et aucun des accidens à craindre ne se sont développés. — Ceci s'explique : la canule, en perforant l'os, ne fait pas une ouverture juste du diamètre de la partie de son corps qui touche cet os; mais l'ulcération, au contraire, s'étend au pourtour et fournit une assez large ouverture, comme, au reste, l'expérience le prouve.

XXV.

5°. Enfin la canule sort par l'ouverture antérieure des fosses nasales lorsque le malade se mouche, éternue, etc., etc.; mais ce dernier cas ne peut être regardé comme un accident qu'autant que les symptômes de la fistule se renouvellent.

XXVI.

Tels sont à peu près tous les accidens qui peuvent entraver la marche du traitement de la fistule, ou tumeur lacrymale, d'après la méthode de *Foubert*. Les espèces en sont nombreuses, et pourtant, depuis cinq années, j'ai eu occasion de les observer presque toutes dans les salles, et principalement au service externe de l'hôpital Saint-Louis, et cela à plusieurs reprises.

XXVII.

M. *Dupuytren* dit qu'il a pu calculer que le nombre des guérisons était de dix-neuf sur vingt. — Cette heureuse proportion est loin d'être en rapport avec celle que nous pourrions établir. — D'après un grand nombre de recherches, il est constant que depuis que M. *Dupuytren* a remis en vigueur la canule de *Foubert*, mille malades ont été opérés d'après cette méthode. Il y a donc eu échec seulement dans cinquante cas. — Comment se fait-il donc que, depuis cinq années seulement, j'aie pu prendre vingt-sept observations de ce genre à l'hôpital Saint-Louis?

XXVIII.

A la vérité, parmi les vingt-sept observations dont je viens de parler, dix-sept seulement sont d'*insuccès complet*, de nouvelles tentatives ayant échoué, et les malades ayant été soumis à d'autres méthodes. Des autres dix, six malades ont été parfaitement guéris après la chute de la canule, et quatre ont été de nouveau opérés avec succès.

XXIX.

Cependant, malgré la croyance dans laquelle je suis que l'heureuse proportion établie par M. *Dupuytren*, et dont nous avons parlé plus haut, est exagérée, je suis convaincu que la méthode de *Foubert* est préférable aux autres, toutes plus compliquées, plus longues, plus douloureuses et présentant des succès moins nombreux ; c'est donc celle que je me propose de suivre.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Ibid.*, *aph.* 31.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph* 46.

VI.

Et si quid doluerit antè morbum, ibi se figit morbus. *Sect.* 4, *aph.* 13.